



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado de Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

**Reflexiones y vivencias personales como sanitaria
en la UCI al inicio de la pandemia en su pico más
intenso.**

AUTORA: Remedios Calabuig Silvestre

TUTOR: Pablo Caballero Pérez

2019-2020

Alicante, 20 de mayo de 2020

Agradecimientos:

Quiero agradecer a mi tutor y profesor Pablo Caballero Pérez por haber confiado en mí para la elaboración de este trabajo de fin de grado, por su paciencia y accesibilidad para resolver mis dudas. Por todo su apoyo, implicación y profesionalidad transmitida durante estos años.

Así mismo agradezco a todos los participantes que han hecho posible la realización de este trabajo, en especial a mi supervisora de la UCI Cristina Fernández por darme la oportunidad de seguir formándome como enfermera. A mi tutora de apoyo sanitario, Helena Arráez por enseñarme, aconsejarme y guiarme en la enfermería. A mis compañeras de equipo, porque se supera todo compartiendo y trabajando en equipo.

A Josep Amílcar, (Pepe) por aconsejarme y animarme siempre que lo he necesitado.

Agradezco el buen profesorado que me ha ofrecido la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, porque de todos ellos he aprendido haciendo posible mi objetivo de ser enfermera; una mención especial a Rocío Juliá Sanchís, Rosa M.^a Pérez Cañaveras, Rosa Ferrer; Rosa Requena, por su implicación en el alumnado, porque hacen más que docencia.

A todas mis compañeras de carrera, sin las cuales estudiar no hubiera sido tan divertido. Gracias por todos esos momentos que me disteis. Os llevo en mi corazón.

Por otra parte, agradecer a mis hijos: Alfonso y Sara a quienes dedico esta memoria, por el tiempo que no he podido compartir con ellos aun siendo lo que más quería, por sus risas, por sus muestras de ánimo en mis malos momentos. A Paco, que sin su aprobación y apoyo no lo hubiera conseguido.

A mis padres, que siempre estaban en segundo plano para no molestar, y siempre sentí su apoyo. Gracias por vuestro cariño y amor.

A mi hermana y familia, por su disponibilidad y apoyo constante durante toda mi formación de la carrera.

A todos mis amigos que forman parte de mi vida en el día a día, porque habéis hecho de soporte en mis días duros y habéis compartido sonrisas en los días buenos.

Gracias a todos vosotros comienza una nueva etapa en mi vida: SER ENFERMERA

Agradecimientos:

Quiero agradecer a mi tutor y profesor Pablo Caballero Pérez por haber confiado en mí para la elaboración de este trabajo de fin de grado, por su paciencia y accesibilidad para resolver mis dudas. Por todo su apoyo, implicación y profesionalidad transmitida durante estos años.

Así mismo agradezco a todos los participantes que han hecho posible la realización de este trabajo, en especial a mi supervisora de la UCI Cristina Fernández por darme la oportunidad de seguir formándome como enfermera. A mi tutora de apoyo sanitario, Helena Arráez por enseñarme, aconsejarme y guiarme en la enfermería. A mis compañeras de equipo, porque se supera todo compartiendo y trabajando en equipo.

A Josep Amílcar, (Pepe) por aconsejarme y animarme siempre que lo he necesitado.

Agradezco el buen profesorado que me ha ofrecido la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, porque de todos ellos he aprendido haciendo posible mi objetivo de ser enfermera; una mención especial a Rocío Juliá Sanchís, Rosa M.^a Pérez Cañaveras, Rosa Ferrer; Rosa Requena, por su implicación en el alumnado, porque hacen más que docencia.

A todas mis compañeras de carrera, sin las cuales estudiar no hubiera sido tan divertido. Gracias por todos esos momentos que me disteis. Os llevo en mi corazón.

Por otra parte, agradecer a mis hijos: Alfonso y Sara a quienes dedico esta memoria, por el tiempo que no he podido compartir con ellos aun siendo lo que más quería, por sus risas, por sus muestras de ánimo en mis malos momentos. A Paco, que sin su aprobación y apoyo no lo hubiera conseguido.

A mis padres, que siempre estaban en segundo plano para no molestar, y siempre sentí su apoyo. Gracias por vuestro cariño y amor.

A mi hermana y familia, por su disponibilidad y apoyo constante durante toda mi formación de la carrera.

A todos mis amigos que forman parte de mi vida en el día a día, porque habéis hecho de soporte en mis días duros y habéis compartido sonrisas en los días buenos.

Gracias a todos vosotros comienza una nueva etapa en mi vida: SER ENFERMERA

..

Índice:

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. Resumen | 1 |
| 2. Abstract | 2 |
| 3. Introducción | 3 |
| 4. Objetivo | 5 |
| 5. Memoria | 5 |
| 6. Conclusiones | 24 |
| 7. Referencias bibliográficas | 26 |

1. Resumen

Introducción: La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda, que puede cursar desde formas asintomáticas a otras de extrema gravedad. La OMS declaró el 11 de marzo de 2020 la situación ocasionada por la COVID-19 de pandemia internacional. Se creó una crisis sanitaria sin precedentes por la rápida propagación del virus, por la elevada cifra de pacientes críticos que producía y las medidas de prevención necesarias para evitar su transmisión. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son los pilares fundamentales para la supervivencia de los pacientes más graves afectados por la Covid-19. Los primeros pacientes con afecciones respiratorias asistieron al servicio de urgencias del Hospital de San Juan (Alicante) en el mes de marzo, donde me encontraba realizando las prácticas de enfermería en:” la unidad de especializada”. Para proseguir con mi contrato laboral de Técnico de Enfermería (TCAE) y apoyo sanitario en UCI.

Objetivo: La memoria refleja la situación asistencial en un centro sanitario, así como las reflexiones y vivencias personales en la UCI al inicio de la pandemia en su pico más intenso entre los meses de marzo, abril y mayo de 2020.

Resultados y conclusiones: Los profesionales sanitarios ante la crisis sanitaria sufrida por la pandemia, para la cual no estaban preparados, supimos adaptarnos a la situación y a los protocolos vigentes en cada momento contribuyendo a la buena evolución clínica del paciente. Más allá de las técnicas, se abordó el cuidado emocional del paciente; acompañar, consolar, informar, ayudar, al paciente y a su familia. La comunicación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente o familia se complica por el aislamiento obligatorio ante riesgo de contagio. La enfermera juega un papel importante siendo el punto de unión en esa comunicación. El día a día lleva a manejar con eficacia los equipos de protección individual minimizando el riesgo de contagio entre profesionales y paciente. Si este tipo de crisis sanitarias se repitieran o prolongaran, los grados de ciencias de la salud y los cursos de formación continuada laboral, deberían incluir enseñanzas para afrontar estas situaciones.

Palabras clave: Covid-19; Unidad de Cuidados Intensivos; Pandemia; Hospital de San Juan-Alicante; Memoria

2. Abstract

Introduction: COVID-19 is an acute respiratory disease which can range from asymptomatic forms to others of extreme severity. On March 11th, 2020, the OMS declared the situation caused by COVID-19 an international pandemic. An unprecedented health crisis was created by the rapid spread of the virus, the high number of critical patients it produced, and the necessary preventive measures used to avoid its transmission. Intensive Care Units (ICU) are the fundamental pillars for survival for the most seriously affected patients of Covid-19. The first patients with respiratory conditions arrived at the emergency department of the Hospital de San Juan (Alicante) in March where I was completing nursing practices in a "specialized unit" as part of my employment contract as a Nursing Technician (TCAE) and health support in the ICU.

Objective: The report reflects the healthcare situation in a health centre, as well as includes personal reflections and experiences in the ICU at the beginning of the pandemic and at its most intense peak in the months of March, April and May 2020.

Results and conclusions: Health professionals, confronted by the health crisis caused by the pandemic for which they were not prepared, knew how to adapt to the situation and the current protocols, contributing to a positive clinical evolution of the patient. Besides providing technical care, the emotional care of the patient was addressed: company, comfort, information and generally helping the patient and his/her family. Therapeutic communication between the healthcare professional and the patient or family is complicated by the mandatory isolation at the risk of contagion. In this situation the nurse plays an important role as being the point of union in that communication. Daily practice has led to the effective handling of personal protective equipment, minimizing the risk of contagion between professionals and patients. If this type of health crises were to continue or reoccur, health science degrees and continuing vocational training courses should include instruction on dealing with these situations.

Key words: Covid-19; Intensive Care Unit; Pandemic; Hospital de San Juan-Alicante; Memory.

3. Introducción

El 31 de diciembre de 2019, en Wuhan, se notificó la existencia de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, siendo común la exposición a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que fue denominado “nuevo coronavirus”, 2019nCoV. Posteriormente el virus ha sido denominado como SARS-CoV-2 y la enfermedad se denomina COVID-19. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. (Ministerio de Sanidad, 2020b) El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de SARS-CoV-2 en China Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (Ministerio de Sanidad, 2020e). La OMS lo declara una pandemia global el 11 de marzo de 2020.

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Producen una enfermedad zoonótica, lo que significa que en ocasiones pueden afectar y transmitirse de los animales a las personas (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

La vía de transmisión entre humanos se transmite principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancia hasta 2 metros) y a través de las secreciones de personas infectadas en contacto con las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El Sars-Co-2 se ha detectado en secreciones nasofaríngeas, incluyendo la saliva.(Sun, Thilakavathy, Kumar, He, & Liu, 2020; Tyrrell et al., 1968)

El periodo de incubación de la enfermedad se ha estimado entre 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición (Ministerio de sanidad, 2020).

El tiempo medio de la duración de la enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas si ha cursado de forma leve y 3-6 semanas en las formas graves(Aylward, Bruce (WHO); Liang, 2020).

El Covid-19 se manifiesta como una infección respiratoria aguda, aunque se conocen casos asintomáticos o con pocos síntomas. Los más comunes al inicio de la enfermedad son fiebre, tos seca, sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber disminución del olfato y del gusto, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, debilidad general, diarrea o vómitos. Se han observado también lesiones cutáneas, generalmente en niños y adolescentes sin otros síntomas En casos más graves, la infección puede causar neumonía, disnea, fallo multiorgánico e incluso la muerte, siendo mayoritariamente en personas de edad avanzada con comorbilidad (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

Actualmente no existe un tratamiento específico frente al SARS-CoV-2. Se está empleando en algunos casos y de forma experimental el tratamiento con antipalúdicos, una combinación de inhibidores de la proteasa (lopinavir/ritonavir) con o sin interferón β , o tratamiento con un inhibidor de la ARN polimerasa (remdesivir) (Tesini, 2020).

La evolución de los acontecimientos y el esfuerzo conjunto de la comunidad científica mundial, están generando gran cantidad de información que se modifica rápidamente con nuevas evidencias.

En España la epidemia ha seguido una evolución similar a otros países europeos como Italia, suponiendo un importante estrés al sistema sanitario. Escenarios especialmente implicados han sido Atención Primaria, urgencias y UCI.

Cuando comenzó la enfermedad Covid -19 durante los meses de febrero y marzo me encontraba realizando el prácticum XIII de 4º de enfermería correspondiente a unidades especializadas en urgencias del Hospital de San Juan, provincia de Alicante. Lo compatibilizaba con mi trabajo de Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) en la UCI.

4. Objetivo

A través de este trabajo voy a tratar de plasmar mi experiencia personal y laboral desde distintos puntos de vista. Por un lado, como es el de TCAE en la UCI, y por otro como alumna de último curso de enfermería en calidad de apoyo sanitario en la misma UCI, en el Hospital Universitario de San Juan (Alicante). Durante la pandemia global declarada el 11 de marzo de 2020.

5. Memoria

Primeros días en urgencias con la enfermedad Covid19.

En el ambiente hospitalario desde finales de enero se empezaba a hablar del Covid-19. El 31 de enero, a través de la Generalitat Valenciana (Conselleria de Sanitat), conocimos el primer documento que emitía el Gobierno de España el 28 de enero a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en el cual nos hacía un breve resumen de los criterios básicos del protocolo vigente de actuación frente al nuevo Coronavirus. El cual deberíamos activar ante la llegada de nuestro primer paciente contagiado (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública., 2020).

Los sanitarios empezamos a hacer comentarios de lo que estaba ocurriendo en China, y de lo que nos podía llegar a ocurrir a nosotros. Pero en esos momentos los medios de comunicación no hacían mención del posible riesgo de infección para nuestro país. Las declaraciones realizadas por el MSCBS del tipo: “nosotros creemos que España no va a tener, como mucho, más allá de algún caso diagnosticado “realizada el 31 de enero, o el 9 de febrero: “esto no implica ahora mismo un incremento de riesgo para nuestro país” transmitidas a la ciudadanía minimizaban el efecto epidémico de la infección a nivel nacional.

En los primeros días de marzo encontrándome de prácticas en el servicio de urgencias tuve mi primera experiencia relacionada con la enfermedad Covid-19. Me encontraba en la sala de triaje cuando acudió una mujer de 45 años porque había estado

en Milán en la feria del calzado (del 16 al 21 de febrero); no presentaba síntomas de infección por virus SARS-CoV-2 (tos, fiebre, disnea, dolor de garganta) pero tenía miedo, había escuchado las noticias de los 7 fallecidos y los 200 contagios en la zona de Italia; y su compañero de empresa estaba con fiebre. Le tomé las constantes vitales, no evidenciaba ningún síntoma de malestar en ese momento, todo estaba bien; le dimos las recomendaciones de quedarse en casa para que se observase y si presentaba algún síntoma tenía que llamar a su médico. Fue entonces cuando se derrumbó. Estaba angustiada y no sabía qué hacer, tenía mucho miedo. Además de darle las recomendaciones en ese momento lo único que podíamos hacer por ella, era tratar de calmarla y disminuir su angustia. Recuerdo el momento en que fui consciente de su miedo, fue a través de su mirada; quise sacarla de allí haciéndole un comentario sobre sus zapatos y la feria del calzado. Todo esto resultaba un poco más complicado de conseguir manteniendo una distancia de seguridad de más de 1 metro, llevando mascarillas de autoprotección y guantes.

Una de las conclusiones que pude sacar es que resulta más difícil transmitir un mensaje de calma, cuando el personal sanitario ya habíamos dejado de comportarnos de la forma habitual.

En los días siguientes, el 3 de marzo llegó el protocolo emitido por MSCBS de los procedimientos de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus. La importancia de este documento era haber estado en zona de riesgo y presentar clínica (Ministerio de Sanidad, 2020c). Tal fue el caso de un paciente con síntomas procedente de Italia. Este país comenzó considerando zonas de riesgo a Lombardía y Véneto y a lo largo de la tarde se fueron ampliando las zonas, había que ir mirando el mapa junto con los comunicados del Ministerio de Sanidad para cerciorarse si la zona de la que provenían era de riesgo. Se confirmó al paciente como posible caso Coronavirus y fue tratado como tal.

Nuestra actuación con este paciente fue en primer lugar colocación de mascarilla y desinfección de manos con solución hidroalcohólica en la sala de triaje trasladándolo posteriormente a una zona separada de los demás pacientes. En esta sala fue reconocido por un médico y un enfermero, a la vez que se le realizó el test diagnóstico de PCR (Polymerase Chain Reaction) para la detección del RNA viral presente en muestra de frotis nasofaríngeo, útil en el diagnóstico precoz de la infección. Allí esperó unas 4 o 5 horas hasta la confirmación del resultado, el cual fue negativo, así mismo sus síntomas

no requerían ingreso hospitalario por lo que regreso a su domicilio, recomendándole autoaislamiento domiciliario durante los 14 días posteriores a la visita de Italia. Y si aumentaban sus síntomas debería comunicarlo a su médico.

A pesar de que el personal sanitario actuó con discreción y profesionalidad, esta situación creó una alarma entre el resto de los usuarios que se encontraban en la sala de espera, generando miedo y llegando incluso a irse sin ser atendidos.

Entre los sanitarios, a pesar de tener un protocolo de actuación en el que se incluía medidas dirigidas a la prevención y control de la infección, había muchas preguntas en el aire referentes a cómo debíamos actuar frente a la situación en urgencias, preguntas del tipo: ¿quién atiende en primer lugar?, ¿cómo y dónde poner o quitar los equipos de protección individual (EPI)?, ¿dónde ubicar a los pacientes durante la espera del resultado? Estas dudas e inseguridades en los casos posteriores se fueron resolviendo con la práctica de nuevos casos, adaptando el protocolo existente a la nueva situación (Departament de Salut San Joan d'Alacant, 2020) .

Al mismo tiempo desde el servicio de preventiva del Hospital de San Juan se difundía información de la enfermedad y como prevenirla. De la misma manera el servicio de riesgos laborales del hospital inició una campaña de nuevas normativas en prevención de la infección y la importancia de los EPIS.

En la asistencia a una de estas charlas voluntarias se volvió a evidenciar la inquietud creada entre los sanitarios de varios servicios, y muchas cuestiones por resolver. Las medidas planteadas en preventiva (habitaciones con presión negativa, EPIS, utilización de material desechable) en la mayoría de los casos no se podrían llevar a cabo porque el sistema sanitario no estaba preparado para una pandemia. El tema qué más confusión y preocupación generaba eran los EPIS, por lo que el personal de riesgos laborales fue durante varios días a la UCI dado que es el lugar que más requiere su uso, para explicarnos in situ como deberíamos trabajar con ellos.

En los siguientes días la propagación de la enfermedad va aumentando el número de casos en España, por lo que los protocolos emitidos por MSCBS se van actualizando cada momento.

En esta actualización del protocolo se ha de realizar la prueba de coronavirus a todos los pacientes con afecciones respiratorias que acudan con clínica de neumonía. Tuve

ocasión de asistir a algún paciente con estos criterios y al mismo tiempo les debía hacer la prueba de Gripe A, y el test diagnóstico de PCR de Covid-19. Extremamos las precauciones de asistencia a estos pacientes. La recomendación sanitaria es protección de “gotas y contacto” y disminuir al mínimo el número de personas en contacto con el paciente.

Si estos pacientes presentaban patología de ingreso hospitalario, la espera del resultado de las pruebas y de cama hospitalaria era en las habitaciones aisladas de observación, sin presión negativa que era lo recomendado por salud pública. En estos días no había EPIS, se actuaba como si fuera una gripe: aislamiento por contacto y gotas (mascarilla quirúrgica, bata verde y guantes). Se nos insiste mucho en el lavado de manos con solución hidroalcohólica. Mi percepción era la de no sentir seguridad en la forma de trabajo por las medidas de seguridad empleadas.

Mi experiencia con la enfermedad.

El miércoles 11 de marzo fue mi último día de prácticas en urgencias, termine a las 20h.me encontraba cansada físicamente, había mucho trabajo; pacientes con afecciones respiratorias o varias patologías que requerían más pruebas clínicas, pero al mismo tiempo me encontraba satisfecha con las prácticas realizadas.

El jueves me levanté con un ligero dolor de garganta, y no le di más importancia, pero según iban van pasando las horas esa pequeña molestia aumentaba, no dije nada a nadie, pero si mantuve la distancia correspondiente de protección respecto a la gente. Ese día me acosté con dolor de garganta y algo de tos.

El viernes me desperté con los mismos signos, pero más acentuados y con la voz tomada, noté que algo no iba bien. Hablé con mi compañera porque intuía que no iba a poder trabajar el sábado si seguía así. Por la tarde estaba peor y con fatiga, me puse en contacto telefónico con mi médico de familia y me paso directamente con el servicio de emergencias, tras la asistencia telefónica quedamos en que si la clínica iba en aumento que les volviera a llamar. Ellos dieron parte a salud pública (por ser sanitario teníamos prioridad en las pruebas de Corona virus). Esa noche fue con escalofríos, fiebre y malestar general, dolor muscular en la zona lumbar y de garganta.

En los días siguientes se juntó la noche con el día, tuve periodos con escalofríos, fiebre de 38°C, mucho dolor de garganta, inapetente, tos seca y disnea, la posición de

descanso tenía que ser reincorporada. Volví a contactar con emergencias y me sugirieron el ingreso, pero preferí aguantar en casa. Al quinto día ya no tenía fiebre y el dolor muscular y de garganta había disminuido. Seguía teniendo fatiga con mucha tos seca y expectoración durante 10 días.

Por otra parte, el servicio de Preventiva del hospital que tenía constancia de mi caso a través del 112 se puso en contacto conmigo el sábado con la intención de concertar cita para hacerme la prueba, el lunes me llamo el enfermero de Preventiva comunicándome que no me iban a hacer la prueba, porque estaban desbordados de trabajo y además tenían pocos kits.

Durante los días que la clínica fue más significativa no era consciente de la situación del resto del mundo; pero poco a poco fui dando cuenta de lo que había pasado y me sentí afortunada comparada con el resto de la población. Aparecieron sentimientos de tristeza, de miedo, de impotencia, cambios en el estado de ánimo. Necesite dos días para asimilar la situación, por lo que había pasado, mi fuente de contagio, ¿habría sido en urgencias? . Me centre en recuperarme físicamente y prepararme mentalmente para incorporarme al trabajo; aceptando mi situación y mis sentimientos. Cumplí los tiempos recomendados de aislamiento.

Mis compañeras en estos días me iban informando de la situación en la UCI, los casos que iban ingresando, como se tenían que adaptar al trabajo, en una semana todo cambió. Nadie imaginábamos lo que iba a venir.

Primer día de incorporación a la UCI tras superar el covid-19

A raíz de la declaración de pandemia internacional el día 11 de marzo, la asistencia sanitaria se vio modificada drásticamente por la rápida propagación del virus, la elevada cifra de pacientes críticos que produjo y las medidas de prevención necesarias para evitar su transmisión, modificó nuestra forma de trabajo. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), entre otras entidades, elaboró una serie de recomendaciones básicas para la asistencia a pacientes en el contexto de la pandemia(González de Molina Ortiz et al., 2018).

Cuando me incorporé al trabajo la mañana del 2 de abril me sentía como si fuese nueva en la unidad. La plantilla de trabajo había aumentado, desconocía a muchos de los compañeros que estaban ese día conmigo. Estábamos mezclados el personal

veterano con los recién incorporados a la UCI que procedían de las plantas de hospitalización que se habían cerrado y no tenían experiencia en cuidados intensivos.

Los cambios se presentaron en todos los niveles de trabajo. Por ejemplo, la ratio de enfermera por paciente en situación habitual es de 1 enfermera para 3 o 4 pacientes y en la situación Covid-19 cambia a 1 enfermera para 2 pacientes. De la misma manera pasa en TCAE, la ratio pasa de 1 TCAE para 4 o 5 pacientes a 1 para 2 o 3.

A lo largo de la mañana iba comprobando los cambios aplicados en la variabilidad de la práctica clínica que se vio afectada con el objetivo de mejorar la asistencia al paciente crítico de COVID-19, como, por ejemplo (Ministerio de Sanidad, 2020a):

- Los sistemas de aspiración pasaron de ser abiertos a cerrados.
- Evitar el uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). En casos seleccionados se podía considerar el uso de oxigenoterapia de alto flujo como soporte respiratorio no invasivo.
- Se restringe el uso de aerosoles.
- La reanimación cardiopulmonar en COVID-19 se debía iniciar solo con compresiones.
- Se recomendó la utilización de habitación con presión negativa, pero en nuestra UCI no todos los boxes la tienen, por lo que estaban en habitaciones con ventilación natural. Con la puerta siempre cerrada.
- Se limitó el número de personas al mínimo imprescindible para atender al paciente.
- Debíamos planificar y permanecer en el box el menor tiempo posible para la realización de tareas.

Trabajar con un EPI

El modo operante de trabajo ante el Covid-19 siempre será con EPIS. Este fue uno de los grandes cambios en mi primer día de trabajo. Había instalada una mesa en el centro de la UCI con todo el material necesario para nuestra protección. En este espacio es donde nos preparábamos antes de entrar a un box. La forma de hacerlo siempre era en pareja, para evitar errores. Una compañera revisaba antes de entrar que estuviésemos

correctamente vestidas, haciendo de espejo y revisando también el orden de retirada una vez finalizada la intervención.

Cuando esa mañana me puse el traje por primera vez, me produjo cierta inquietud, quizá miedo. La compañera me iba diciendo: primero el mono integral de protección, ahora las calzas, ahora la mascarilla, doble guante... Una vez debidamente uniformada sí sentí seguridad para realizar mi trabajo sin problemas.

Nuestras intervenciones estaban planificadas con anterioridad. Entré con la enfermera al box de una paciente y trabajamos en equipo realizando la higiene corporal que toleraba la paciente ya que su inestabilidad hemodinámica no permitía muchos movimientos, se le realizó la higiene bucal. De la misma manera, entre las dos revisábamos las perfusiones, velocidades, volumen de fármacos administrados, junto con el registro de la temperatura y la diuresis.

Como se pretendía minimizar el número de entradas al box, una vez estábamos dentro en la primera intervención de la mañana también se revisaba la nutrición de la paciente, el estado de sus vías de acceso periférico, centrales, se hacía una valoración integral de la persona (úlceras).

Una vez controlada la paciente fuimos al siguiente box aprovechando el mismo EPI, solo cambiamos guantes y calzas. En el siguiente paciente realizamos tareas similares.

Cuando terminamos y nos quitamos los EPIS, después de 3 horas, nuestros uniformes estaban completamente mojados por el sudor. Fuimos directamente a ducharnos y ponernos un uniforme limpio. En mi cara habían quedado las marcas de la mascarilla.

Me sentí un poco aturdida; cuando trabajas con un EPI, conlleva más tiempo la realización de las tareas, no te mueves con la misma ligereza, el miedo al contagio incrementa una tensión añadida ante cualquier tarea. Se pierde visibilidad con las gafas que se empañan o con las máscaras protectoras.

Resultó un poco estresante, además de aprender la nueva forma de trabajar debía enseñar a la gente nueva.

Esa mañana me fui con dolor de cabeza a casa, demasiada tensión emocional en el ambiente, no puede haber fallos, te juegas contagiarte tú, o a tus compañeros o a tu

familia. (A pesar de haber pasado la enfermedad, no estaban claros los tiempos de inmunidad ni la certeza de no volver a pasarla. Me preocupaba al volver a casa).

Mis pensamientos sobre el EPI también incluyeron al paciente. Ponerse un EPI debidamente requiere un tiempo, y a veces ese tiempo de colocación en UCI es vital.

Por ejemplo, ante una parada cardiorrespiratoria o la desconexión de un paciente a un respirador, el tiempo empleado en la colocación de un EPI podría acarrear graves consecuencias para el paciente. Por lo que tendríamos que minimizarlo. Pero es una obligación ética protegerse para no ser vectores de la enfermedad en otros pacientes.

Decúbito prono

En los siguientes días, ese miedo fue disminuyendo, y fui adquiriendo la destreza para trabajar de esta manera.

Se incorporo a nuestras rutinas de intervenciones terapéuticas el cambio postural de posición decúbito prono ventilando al paciente en esta posición al menos 16 horas, en lugar de la posición supino. Se recomendó en las guías de práctica clínica (GPC) como medida adicional para el tratamiento de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) consiguiendo mejor movilidad diafragmática, mejor evacuación de secreciones, redistribución de la perfusión, y mejoría en la ventilación consiguiendo una mejor oxigenación, consiguiendo reducir la mortalidad en situaciones clínicas específicas (Consejería de Salud de Murcia, 2020).

Esta maniobra ya se realizaba con anterioridad en cuidados intensivos, aunque no con tanta asiduidad. No es difícil de llevar a cabo, pero conlleva una destreza en su realización requiriendo de 5 personas para ello, lo que supone que debíamos estar coordinados con el trabajo de los boxes restantes para disponer del personal necesario. A pesar de haberla realizado con anterioridad al Covid-19, fue entonces cuando de tanto hacerlo mejoramos su procedimiento y lo que implicaba (soporte de cabeza, posición de miembros superiores e inferiores, colocación de dispositivos). Recuerdo el primer cambio postural que realicé en esta situación. Estaba dirigido por el médico situado a la cabeza del paciente y se encargaba del tubo del respirador (siempre dirige la maniobra de cambio postural, la persona que se encuentra a la cabeza del paciente encargándose del respirador), con mucha calma transmitió las órdenes. En esos momentos de trabajo en equipo y momento tan delicado creo que todos sentimos la misma sensación de

profesionalidad, de satisfacción y unión de grupo de trabajo que experimenté yo al terminar la intervención y comprobar que todo salió bien (Garcia et al., 2018).

Seguimos adaptándonos a la situación.

En cualquier actividad por sencilla que sea hay modificaciones. Como por ejemplo los traslados interhospitalarios. Se intentan evitar al máximo, realizando las exploraciones necesarias como puede ser radiología o ecografía con equipos portátiles en el box del paciente.

Pero se presentaron situaciones como la de un paciente que necesitaba ser trasladado a la sala de radiología para la realización de un TAC craneal, ante la sospecha de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Se utilizó un circuito exclusivo planificando itinerario y personal implicado para este traslado, coordinándonos los profesionales. Prestando más atención a los puntos donde había más riesgo de eventos adversos, como la disponibilidad del material necesario (baterías, monitor, oxígeno, perfusiones) previniendo desconexiones accidentales.

A la vez seguimos las medidas de aislamiento, protección individual y desinfección establecidas durante el traslado y su finalización, tanto del recorrido como de la sala y aparataje utilizados. Llevarlo a cabo nos supuso más tiempo del establecido en una situación normal, y más implicación de personal de UCI.

Información a la familia

En ocasiones la carga de trabajo no nos permite ir más allá de la técnica sanitaria y nos centramos en la clínica del paciente, en sus síntomas, en la parte de enfermería que se ve, en el relevo que tenemos que dejar escrito, pero todos los sanitarios sabemos que el cuidado al paciente va más allá que eso, que antes que paciente es persona, que tiene una familia, un amigo, alguien que le espera fuera y desea saber de él. Por eso la comunicación hacia él y hacia su familia forma parte de la atención al paciente.

Con anterioridad a la enfermedad, los pacientes ingresados en UCI tenían contacto con su familia durante tres períodos del día de una hora cada uno, y en estas visitas se informaba a la familia de la evolución del paciente. Era un momento muy esperado por

ambas partes; el paciente que ha despertado de su sedación o su estado de coma necesita mucho de sus seres queridos para su recuperación física y emocional, es el contacto con su vida real, el estar ingresado en una UCI supone un mundo de cuatro paredes, rodeados de máquinas, de sonidos, con alarmas que preocupan, cables por todas partes, que no les permiten apenas moverse, gente desconocida que te habla de lo que ha pasado y pasará. Por otra parte, la familia está ansiosa por saber, cómo evoluciona, si se recuperará, cuando le quitarán el tubo, cuando le darán el alta. En esos encuentros la enfermera les ayuda a resolver dudas, informándoles de las necesidades y cuidados de su familiar.

Pero, estas visitas a raíz de la pandemia desaparecen, se prohibieron todas las visitas. Se decidió la comunicación con la familia vía telefónica.

Mi condición de estudiante de 4º de enfermería me permitió participar como apoyo sanitario compaginándolo con mi trabajo de TCAE en la UCI. Esto, me ofreció más formación como profesional de enfermería, aportar mi trabajo a la unidad a la vez que tener más tiempo para poder ser partícipe de estas experiencias tan enriquecedoras y humanitarias con los pacientes. Como en estos casos:

Box 18

Francisco, paciente de 55 años que ingreso por urgencias el día 27 de marzo después de haber estado 7 días en casa con fiebre de 38.5°C y disnea.

En su 7º día de ingreso en la UCI, seguía con VMI. Este era el último día de los fármacos: Lopinavir/ Ritonavir e Hidroxicloroquina, dos de los fármacos que se han venido utilizando en la estrategia terapéutica (Ministerio de Sanidad, 2020d). El paciente se encontraba hemodinámica mente estable, con sedación y analgesia, afebril.

En este caso la llamada se hizo a su hija, su mujer falleció hace dos meses. La Dra. le informo de la ligera mejoría de la neumonía, pero le advirtió del riesgo de complicaciones (infección) que conlleva el estar en UCI. Le comentó de la retirada de la medicación indicada para coronavirus, recomendada durante un tiempo determinado por el daño hepático que produce. Y de que se le estaba eliminando la sedación.

La Dra. se interesó por ella, preguntándole ¿cómo estaba?, ¿si había ido al psicólogo que se le había facilitado? por la situación familiar que estaba atravesando ella misma; podría ayudarle a afrontar la situación.

La hija no estaba muy comunicativa, se le ofreció preguntar dudas o si tenía alguna inquietud, ya que hasta el día siguiente no volvería a tener noticias de la evolución de su padre.

El proceso de este paciente fue favorable y en su 17 día de ingreso volví a acompañar a la Dra. en la llamada telefónica.

A nivel neurológico Francisco se encontraba despierto, consciente y colaborador. Progresivamente se le fue disminuyendo la sedo analgesia, suspendiendo el mórfico, la Dexmedetomidina y por último el Propofol. A nivel respiratorio se le realizó la traqueostomía y ese día se mantenía con O2 a 4l. Hemodinámica mente estable, sin drogas vasoactivas. Presentaba edema facial con pérdida de integridad cutánea en el parpado derecho, muy edematizado (consecuencia de la posición prono) Con una buena tolerancia a la nutrición enteral. Y había comenzado a tomar pequeños sorbos de agua por boca.

Después del intercambio de saludos, la primera frase que le dijo la Dra. a la hija fue: “estamos contentos”, porque además de explicarle la buena evolución clínica comentada anteriormente, le dijo frases como:” está sentado en sillón y se encuentra animado, despierto, colaborador”; cualquiera de estas palabras se entiende más que todo un párrafo de información clínica, son palabras muy esperanzadoras y reconfortantes. Aun así, la Dra. le advirtió que, aunque había mejoría todavía quedaba mucho trabajo.

La hija transmitía un estado de tranquilidad y se alegró comedidamente de la mejoría de su padre, haciendo alusión al buen estado de ánimo de su padre. Y como en la anterior llamada muy agradecida a todo el personal sanitario.

Box 19

Ángel de 57 años procedente de la unidad de enfermedades infecciosas (planta hospitalización) por Covid-19 tras haber estado en casa durante 6 días con fiebre de 39°C, tos, cefaleas y disnea.

Era su 9° día de ingreso en UCI. El paciente se encontraba en progresión de mejoría respiratoria tras la traqueotomía realizada el día anterior. Se inició el proceso de desconexión de la VM (destete o weaning) y se encontraba hemodinámicamente estable.

Contactamos con su mujer, la información transmitida fue de la mejoría que venía haciendo desde hacía dos días su marido, pero siempre advirtiéndole de las complicaciones que se podían presentar. Pero que había esperanza. La mujer estaba incrédula, preguntaba si era verdad, comenzó a llorar y nosotras con ella, Le preguntamos por sus hijos, nos quiso decir sus nombres para así poder mencionárselos a él. No paraba de darnos las gracias.

Era una pena que no se permitieran las visitas, ya que cuando un paciente se encuentra en esta situación, es muy favorable la familia como herramienta en la atención holística al paciente crítico. Disminuye el estrés y el delirio derivado de la enfermedad. Incluso contribuye a la reducción de días de ingreso en la UCI; mejorando la comunicación y la seguridad facilitando a los profesionales la comprensión de algunas expresiones del paciente(Sánchez-Vallejo, Fernández, Pérez-Gutiérrez, & Fernández-Fernández, 2016).

Box 16

En estas situaciones tan críticas, las respuestas y actitudes de las personas frente a la información clínica recibida es muy diferente de unos a otros. Recuerdo la llamada al hijo de Alejandro de 72 años, para notificarle que se le iba a realizar una traqueotomía a su padre, notificándole que sería lo mejor para su evolución clínica ya que llevaba una semana con VMI, se puso nervioso y ya no escuchaba nada. La Dra. comprendió que no estaba entendiendo el mensaje, que le estaba creando confusión, en vez de seguir con las explicaciones le pregunto si había alguien más con él, nos pasó con su mujer, ella mostró endereza ante la información, y cuando se le dio la oportunidad de preguntar dudas (siempre se les da a todos los pacientes y familiares) fue capaz de preguntar todos los detalles; sobre la fiebre, fármacos, función renal, la VMI. Ella sí entendió bien el mensaje de ese momento. Terminamos la conversación diciendo que estuvieran tranquilos, que es un proceso lento, y que se estaba haciendo todo lo posible por salvar su vida.

Dar malas noticias ya es difícil, hacerlo de forma telefónica resulta más complicado si cabe. Es importante que el mensaje sea entendido y acogido, evitando resentimiento y confusión. En este tipo de comunicación nuestras herramientas son la escucha a la familia, usar el tono de voz adecuado con pausas, porque se pierde ese contacto, esa mirada que transmite tanto. A pesar de ello los familiares muestran una actitud de gratitud tan inmensa, con una prioridad absoluta, que es imposible no emocionarse cuando te repiten tantas veces gracias.

Muchos de los conocimientos adquiridos en asignaturas como “Relación de Ayuda” o “Cuidados Paliativos” han sido muy apropiados para conducir estas situaciones, aunque muchas veces, “La realidad supera la ficción.”

Rompiendo el aislamiento

En un principio de la asistencia a estos pacientes se volcaron todos los esfuerzos en el diagnóstico y tratamiento de la patología, salvar vidas. Pero conforme van pasando los días, los profesionales sanitarios nos vamos dando cuenta que el paciente necesita el cuidado holístico; y nuestros cuidados se enfocan también al bienestar psicológico y emocional que propiciará la curación física. Por ello nuestra atención individualizada puede contribuir a su bienestar. Entre ellas nos encontramos el factor de la comunicación familia-paciente; un elemento terapéutico en sí mismo, y como tal, debe incorporarse en la planificación del cuidado, ya que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente al estar a su lado y acompañarlo en el proceso de la enfermedad (Achury & Pinilla, 2016). Por motivos de seguridad es inexistente (se eliminó por la pandemia). Para romper ese aislamiento, nos hemos ayudado de la tecnología haciendo videollamadas a las familias. Unas veces con nuestros propios móviles, otras veces con los dispositivos de la unidad.

Estas fueron algunas de las experiencias que pude vivir y compartir con las familias:

(En la redacción de todo el documento, los números de boxes y los nombres son ficticios y las edades aproximadas)

Box 1

Luis es un varón ingresado en UCI por SDRA secundario a neumonía bilateral por Covid-19. El cual sufrió durante su ingreso un ACV isquémico, presentando una hemiparesia izquierda de predominio en miembro superior izquierdo con

desviación conjugada de la mirada hacia la derecha. Se le practicó la traqueostomía y ese día se encontraba con oxígeno a 4l.

Era su día de ingreso n°36 se encontraba consciente, y contestaba a ordenes verbales, con pequeños movimientos de labios o de ojos, abriendo y cerrándolos. Lo sentamos a sillón ayudados de la grúa, necesitaba de soporte de collarín cervical para mantener su cabeza erguida y sujeciones para mantenerse recto en el sillón.

Entré al box con el EPI completo y le conté que íbamos a contactar con su hija a través del móvil, que seguro que le iba a hacer mucha ilusión poder ver a su padre. Él me miraba, su expresión era inmóvil,

Al otro lado del teléfono estaban su hija y su pareja expresando mucha emoción y alegría. Le mostraron a su gata “Iris”, le preguntaban: “¿Cómo estás?”, “tenemos ganas de verte”, y “la gata también”; le daban ánimos: “pronto vas a salir”, “tienes que seguir así de fuerte”. Él no podía hablar, le cogí de la mano, me la apretaba cuando escuchaba las expresiones de su familia, me emocionaba comprobar que él sentía algo. No podía saber qué sentía, pero sí note que le estaban llegando los mensajes de su familia, sus pequeños movimientos asintiendo con la cabeza, y su ligero movimiento de labios me produjo mucha alegría y me hizo ver que los cuidados de enfermería van más allá que las técnicas. Hay muchas maneras fáciles de mejorar las relaciones con los pacientes y promover un ambiente psicológico, emocional y espiritual saludable (hacer un buen contacto con la mirada, preservando lo más que se pueda su dignidad, preguntándole cómo se siente...) estos gestos pueden curar tanto o más que la medicina en sí.

Box 15

Otra videollamada muy especial fue la de Jaime. Jaime es un paciente que llevaba con nosotros 28 días cuando hicimos este contacto familiar. Su estado clínico en ese día era con una traqueotomía de 18 días y puntualmente con analgesia.

Entré a la habitación junto a la doctora. Íbamos a notificar, a la familia a través de videollamada, que Jaime al día siguiente recibiría el alta de cuidados intensivos.

Se encontraba sentado en el sillón, leyendo la revista de "El País", el móvil a su lado. Nos miró por arriba de las gafas y medio sonrió, tenía muy buen aspecto. En la pared estaban pegadas las fotos de sus 5 nietos con los nombres de cada uno. Me encantó ver ese box "con vida", eso transmitía la imagen de Jaime rodeado de pequeñas cosas de la vida diaria, le hice saber mis sentimientos, le felicité por esa familia tan bonita que había en las fotos. Al otro lado del teléfono estaba su mujer muy emocionada al escuchar a la Dra. cuando le dijo "mañana le dan el alta a su marido", sus palabras de gratitud, de entusiasmo consiguieron que nos emocionásemos con ella. Una vez más calmada, sus dudas eran de si podría acompañar a su marido en los días siguientes de hospitalización. Bromeamos con él, de la cervecita a la que nos tiene que invitar cuando todo pase. Estaba tranquilo y antes de irnos quise saber cómo se había encontrado en la UCI, si había tenido miedo, asintió con la cabeza, y pude leer entre sus labios que fue antes de entrar en UCI, cuando estuvo en planta; que en la UCI se había sentido bien atendido, aunque en ocasiones un poco desorientado, lo que le ocasionaba desasosiego era la falta de entendimiento a causa de la traqueotomía.

Box 11

El domingo 3 de mayo tenía turno de 12h, y uno de mis pacientes fue Sergio. Para él era su 42º día de ingreso en la unidad, Se encontraba consciente y orientado, sin sedación. Con traqueotomía y oxígeno a 6L. Ya era negativo en la PCR para SARS-CoV-2, pero tenía otras bacterias (Acinetobacter, muy frecuente en infecciones nosocomiales) qué requería aislamiento de gotas y contacto.

Mientras le hacía los cuidados básicos, le hablaba y le distraía, le mencioné: "hoy es domingo, tienes que estar guapo que es el" día de la madre", (creo que es importante darles datos para que se sitúen). Y me sorprendió con su respuesta que pude entender leyendo sus labios: si yo ¿tenía hijos? Al decirle que sí, me respondió: " que no debería estar trabajando ese día", me enterneció.

Lo sentamos al sillón ayudados de la grúa (cuando llevan tanto tiempo en la cama pierden toda la fuerza y la movilidad física se ve reducida). Vi su móvil en

la mesita, lo cogí y le pregunté si le ponía la radio, pero negó con la cabeza, prefería estar tranquilo, al encenderlo, de fondo de pantalla tenía una foto familiar, le pregunté quién era él, me señaló también a su mujer, se emocionó y me dijo que le gustaría tenerla allí y darle un abrazo, le dije que en un rato íbamos a hacer una videollamada a su familia, le gustó la idea. Mi compañera le canto y él sonrió. Paso el mañana sentado en el sillón, me asomaba por la puerta, y lo veía quieto, dormido. Entré con él, y llamamos a una de sus hijas. Conectamos con ella. Al otro lado de la pantalla, estaba su hija, con sus tres nietos y su yerno. Los niños no paraban de sonreír, ella le hablaba diciéndole que debía hacer todos los ejercicios rehabilitadores recomendados, que tenía que seguir así, luego le contó que le habían regalado a su madre un ramo de rosas, porque al día siguiente era el aniversario de Antonio. Le preguntó si se acordaba y dijo que sí. Antonio les saludaba con la mano, les hacía el gesto de OK con el índice, el semblante de su cara reflejaba alegría y felicidad. Cuando vio su hija como su padre le hacía es gesto se puso muy contenta, yo me emocione tanto como ellos. Me sentí afortunada de ser partícipe de esos momentos familiares cargados de tantos sentimientos y emociones. Orgullosa de promover estos pequeños gestos que minimizan la soledad del paciente, y rompen el aislamiento con las familias. Como siempre las palabras de gratitud hacia los sanitarios, fueron infinitas.

Por supuesto al día siguiente hicimos otra videollamada familiar, en esta ocasión fue a su esposa. Dibujamos corazones, junto con un cartel anunciador de “Feliz aniversario” y lo disfrutamos tanto nosotras (equipo de enfermería) como la familia. Esos momentos tan gratificantes contrarrestan los momentos de dureza.

Situaciones difíciles

Trabajar en críticos representa vivir situaciones de estrés, de angustia, de impotencia, de encuentro con la muerte, una carga emocional difícil de gestionar. Cada paciente tiene una historia que siempre recuerdas.

Box 3

En uno de mis turnos de noche me encontré a Silvia en la UCI. Mi compañera de quirófano, cuando vi su cara supe que algo no iba bien. Acababan de ingresar

a su madre en la UCI, tras llevar una semana de hospitalización en planta y no presentar mejoría respiratoria. Y en menos de media hora, iba a estar con VMI. El trato de los facultativos hacia ella fue muy cuidadoso, con mucho cariño le explicaban la secuencia de los procedimientos a seguir, ella es enfermera y sabía que lo mejor y lo único que podría salvar de la muerte en esos momentos a su madre era lo que se estaba haciendo, pero su angustia y preocupación era inevitable. Se le ofreció entrar al box con el EPI antes de la sedación, para que hablase con ella y pudiera despedirse. Ella le explicó a su madre que iban a dormirle y que estaría intubada durante una semana (más adelante veríamos que ese tiempo se prolongó); la cara de su madre expresaba miedo, angustia. Cuando salió del box se quedó un rato hablando conmigo, le preocupaba su padre, que se quedaba solo en casa con su propio pensamiento de autocastigo por si había sido él quien había contagiado a su mujer, el pasó la enfermedad de forma leve. Le preocupaban sus hijos, como les iba a contar lo de su abuela. Tenía muchos silencios. En esos momentos lo único que podía hacer por ella era escucharle, darle palabras de consuelo, de acompañamiento. Me sobraban los guantes, la mascarilla, me sobraba la distancia interpuesta ante el contagio que hacía que no pudiera darle un abrazo.

Box 2

Enrique de 46 años, con una historia clínica de haber pasado 7 días con fiebre de 39°C en casa hasta, que se le presentó la disnea y tuvo que ingresar en el hospital.

Era su día 19 de estancia en la UCI. En su evolución clínica se encontraba dependiente de aminos (fármacos que estimulan el sistema nervioso simpático) para mantener la tensión arterial (TA) y diuresis. Conectado a VM a través de su traqueotomía avanzando a la modalidad A/C. Disminuyendo la sedación, con Propofol y cloruro Mórfo. Hemo dinámicamente estable.

Pero la impresión que nos transmitía Enrique esa noche cada vez que entrábamos a su box o nos acercábamos a él, no era de estabilidad. Se intentaba comunicar con nosotros con la mirada, miraba hacia la puerta, intentaba mover los brazos, pero no podía estaba con sujeciones (se realizan cuando un paciente está intubado).

Mi compañera y yo nos esforzábamos en saber que nos quería decir. Su expresión reflejaba miedo, otras veces con la mirada ausente. No podía hablar, la comunicación por su parte solo podía ser abriendo y cerrando los ojos, intentaba mover los labios, le hice preguntas concretas ¿si tenía dolor? ¿Si estaba preocupado por su familia? ¿si le molestaba algo? ¿si quería saber de su enfermedad o hablar con el médico?, negaba todo con un ligero movimiento de cabeza, solo asintió ante la pregunta de ¿tienes MIEDO?, le cogí de la mano y le comenté que lo estaba haciendo muy bien, que iba a salir de esta, que en esos momentos era importante dormir para su recuperación, que esos sentimientos eran normales, pero tenía demasiada angustia. Me resultaba difícil disminuir su angustia con mis palabras, con mi contacto, me sentí impotente. Se lo comenté a la Dra. Me angustiaba verlo en esa situación de sufrimiento. La Dra. decidió sedarlo con Midazolam para inducirlo a un estado de calma y somnolencia que aliviaría su angustia. Creo que el paciente empezaba a ser consciente de que su situación era grave y estaba o había estado muy cercano a la muerte; el dolor, la angustia, la incertidumbre y la propia soledad en soledad es difícil de gestionar.

Entre aplausos

Pero en la unidad de críticos, en un mismo día se pueden entremezclar momentos de dolor y tristeza con momentos de alegría y optimismo; muy reconfortantes.

Y Enrique también tuvo esos momentos. Tras haber estado hospitalizado 37 días llegó el momento de recibir el alta en la UCI. Su semblante reflejaba alivio, tranquilidad, parecía muy consciente de la situación y esperaba pacientemente a que todo estuviera preparado para su traslado a la planta de Neumología. Al mismo tiempo los sanitarios nos preparábamos para despedirle, entre aplausos, entre música. Son momentos de gran satisfacción profesional.

De la misma manera hemos vivido el alta de Ángel. Al que habíamos cuidado durante semanas, y con el que habíamos compartido momentos de incertidumbre, de dolor, de alegrías.

Y así podría citar todas las despedidas de nuestros pacientes ingresados cuando eran trasladados a la planta: Entre aplausos y el himno de “Resistiré”.

Síndrome Post-UCI en pacientes

Estar de apoyo sanitario me permitió tener más tiempo para desarrollar otro tipo de labores de enfermería diferente a las técnicas.

A mediados de abril, mi tutora (enfermera) me dijo que le acompañará a visitar a los pacientes que habían salido de la UCI y seguían hospitalizados en planta.

Las escenas de los pacientes en su habitación me resultaron impactantes. Me encontré con unos pacientes que presentaban secuelas físicas: con una importante pérdida muscular y funcional, para la cual iban a necesitar fisioterapia. Uno de ellos presentaba una herida en la comisura del labio con pérdida de sensibilidad en la zona como consecuencia del tubo endotraqueal. Me impresionó que emocionalmente presentaban secuelas psicológicas: ansiedad, depresión, delirios, ataques de pánico. Así lo contaban ellos y así se reflejaba en sus rostros contenidos sin expresión, miradas congeladas.

Otro golpe de realidad. Comenzaba para ellos otra etapa de lucha por su “normalidad”. Habían superado unos riesgos, pero ahora les tocaban otros no menos difíciles.

Fue entonces cuando tomamos la iniciativa mi compañera y yo de hacer un cuestionario para conocer sus sentimientos, sus vivencias, valorar aspectos como las emociones que experimentaron durante su estancia: rabia, impotencia, frustración, miedo, agradecimiento, sentimientos de soledad. Evaluando también si se sintieron apoyados por el equipo. Si creen que necesitarían apoyo psicológico cuando lleguen a sus casas. O cuestiones como si el trato hacia su persona fue correcto, si se respetó su intimidad o si el tono de voz fue el adecuado.

Nuestra idea con esta encuesta sería primeramente de valoración de la situación con la intención de aportar mejoras en nuestro día a día tanto a nivel físico, ambiental, como humanitario.

Conocer los resultados una vez finalizados los cuestionarios nos servirán de gran ayuda para mejorar o aplicar nuevas medidas.

Este proyecto me entusiasma, y en la actualidad sigo desarrollándolo.

Síndrome Post-UCI en los profesionales sanitarios. Una visión personal.

Y, ¿cómo nos sentimos los sanitarios? ¿Y nuestras familias?

Porque yo también tuve o tengo síndrome Post-Uci. Porque cuando terminaba mi turno de trabajo las situaciones vividas me acompañaban en mi mente. Porque he pasado muchas noches sin poder dormir, despertándome con imágenes de las miradas de los pacientes. Porque cuando menos pensaba me salía una lágrima sin saber por qué.

Porque es muy duro vivir cada día con una nueva historia, nuevo reto, nuevos dramas y logros sin parar, estar al pie del cañón en tu día de trabajo y volver a casa como si nada hubiera pasado adaptándote a otro escenario, a otra situación distinta.

Porque he tenido que estar separada de mi familia durante 30 días por miedo a contagiarles. Porque he sentido la soledad de mis hijos; porque sus padres, sanitarios los dos” estaban curando pacientes”.

Se nos ofreció ayuda para cuidar nuestra salud mental; pautas a seguir, asistencia telefónica – psicológica, para mantener el ánimo y la fortaleza mental en esta situación de crisis. Previniendo en un futuro trastornos de ansiedad, trastornos de sueño, trastorno por estrés postraumático.

6. Conclusiones

Desarrollar mi trabajo de TFG en el escenario de una UCI teniendo de actriz principal una enfermedad infecciosa tan contagiosa llamada Covid-19 me ha permitido identificar una alta demanda psicológica y física hacia el rol de enfermería debido a diferentes factores: vivenciar el sufrimiento del paciente, tomar decisiones bajo presión, horas de dedicación al paciente por sus características (gravedad de la enfermedad), el tiempo de permanencia de éstos en las unidades, miedo al contagio, dificultad de trabajar con EPIS, orientación familiar.

Las enfermeras juegan un papel relevante en la relación con el paciente y la familia, rompiendo el distanciamiento para ambas partes ante la imposibilidad de contacto. Advirtiéndole la necesidad del paciente, con el fin de ayudarlo a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

La situación de los pacientes críticos en aislamiento por la Covid-19 ha acrecentado el desgaste emocional que sufren las enfermeras de UCI por el enfrentamiento a sentimientos complejos, con una carga física y psíquica importante.

Por otra parte, la pandemia ha puesto de manifiesto que ni el sistema sanitario ni los profesionales estábamos preparados para esta situación de crisis sanitaria. Pero los profesionales sanitarios se han ido adaptando a la situación, cambiante día a día, aprendiendo a trabajar con las máximas medidas de seguridad disponibles que comprometen al profesional y al paciente. Las barreras que conlleva trabajar con un EPI, tanto a nivel de técnicas como de comunicación se han ido superando.

El objetivo docente de las simulaciones clínicas en la universidad de las asignaturas de "cuidados de enfermería en unidades de especializada" en la universidad nos permitió entrenar intervenciones en un entorno seguro, minimizando errores y mejorando nuestra seguridad y la de los pacientes. De la misma manera que las simulaciones de "cuidados de enfermería en la cronicidad, dependencia, geriatría y cuidados paliativos" nos permiten adquirir destreza y habilidades en comunicación proporcionando intervenciones eficaces en cada situación.

En un futuro, sería beneficioso establecer formaciones regladas mediante simulación clínica para la colocación y retirada de EPI y de diferentes escenarios clínicos que permitan reforzar habilidades técnicas y no técnicas (distribuir roles, conocer el entorno, optimizar la comunicación, usar ayudas cognitivas, planificar y anticiparse) tanto en la formación de grado como de forma continuada en la etapa laboral, previniéndonos ante situaciones tan críticas como las vividas.

Son necesarias nuevas investigaciones para profundizar en la comunicación terapéutica entre profesionales sanitarios y pacientes en situaciones de emergencia sanitaria donde los EPIS dificultan toda comunicación.

7. Referencias bibliográficas

- Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55–60.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>
- Aylward, Bruce (WHO); Liang, W. (PRC). (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019, 2019(February), 16–24. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19) 3 Febrero 2020 ¿Qué es el nuevo coronavirus? Retrieved from https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Preguntas_respuestas_Ministerio_03022020.pdf
- Consejería de Salud de Murcia. (2020). ¿Cuándo estaría indicado colocar a un paciente adulto con asistencia respiratoria mecánica por infección grave por COVID-19 en posición de decúbito prono? / Prone positioning in adult with mechanical respiratory support for severe COVID-19 infection . Retrieved May 20, 2020, from <http://www.murciasalud.es/preevid/23544>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2020). Resumen de las actuaciones frente al nuevo coronavirus (2019-nCoV). 31 Enero 2020. Valencia.
- Departament de Salut San Joan d'Alacant. (2020). Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2).
- García, J., Piqueras, J., Ortiz, M., Martínez, M., Carrilero, C., Torralba, M., ... Murcia, I. (2018). Protocolo maniobra de decúbito prono en el servicio intensiva.de medicina Retrieved from <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/1fa4f12fc6244e81de4663b061ec9a5e.pdf>
- González de Molina Ortiz, F. J., Gordo Vidal, F., Estella García, A., Morroondo Valdeolmillos, P., Fernández Ortega, J. F., Caballero López, J., ... Baldirà Martínez de Irujo, J. (2018). Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva*, 42(7), 425–443. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>
- Ministerio de sanidad. (2020). Información científico técnica versión 17 Abril 2020, 54. Retrieved from <https://www.aemps.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Documento técnico Manejo clínico del COVID-19 : unidades de cuidados intensivos. 18 de Mayo 2020. Retrieved from https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020b). Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 nº 20. 3 de abril de 2020. Retrieved from

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes COVID-19/Informe n° 20. Situación de COVID-19 en España a 3 de abril de 2020.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2020c). Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Actualización a 27 de Febrero 2020. Retrieved from <https://www.ocezn.net/archivos/noticia/1211-3-protocolo-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2020d). Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Retrieved May 20, 2020, from <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid-19/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/>

Ministerio de Sanidad. (2020e). Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Retrieved from https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf

Sánchez-Vallejo, A., Fernández, D., Pérez-Gutiérrez, A., & Fernández-Fernández, M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527–540. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>

Sun, Z., Thilakavathy, K., Kumar, S. S., He, G., & Liu, S. V. (2020). Potential factors influencing repeated SARS outbreaks in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051633>

Tesini, B. L. (2020). Coronaviruses and Acute Respiratory Syndromes (COVID-19, MERS, and SARS). *MSD Manual Professional Version*, 1–4. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2external>

Tyrrell, J. D., M., A., D.J., B., Cunningham, C. H., Hamre, D., Hofstad, M. S., ... A., M. D. (1968). 1. Virology: Coronaviruses. *Nature*, 220, 650.